

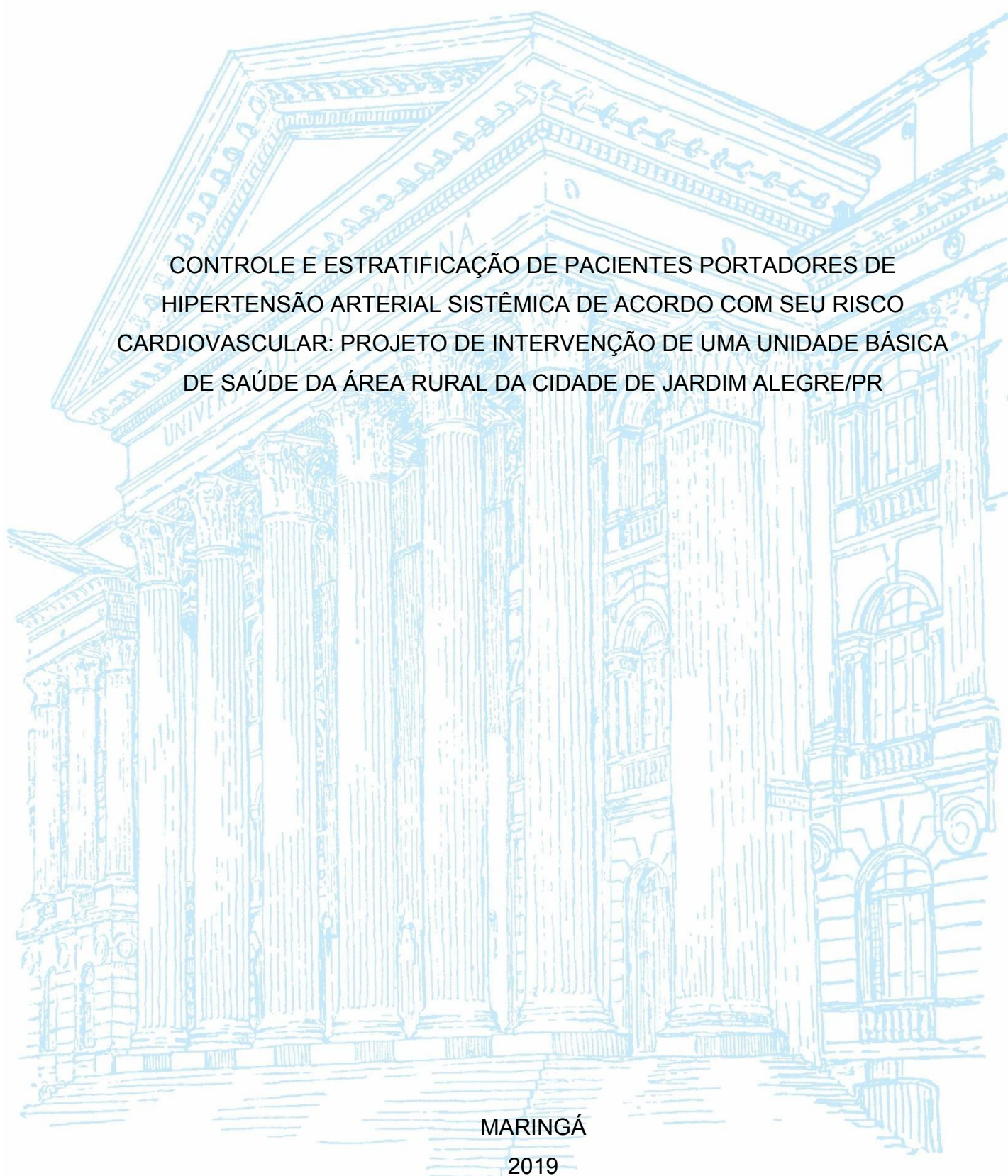
UNIVERSIDADE FEDERAL DO PARANÁ

PÂMELA MONSERRAT ARMOA LAILLA

CONTROLE E ESTRATIFICAÇÃO DE PACIENTES PORTADORES DE
HIPERTENSÃO ARTERIAL SISTÊMICA DE ACORDO COM SEU RISCO
CARDIOVASCULAR: PROJETO DE INTERVENÇÃO DE UMA UNIDADE BÁSICA
DE SAÚDE DA ÁREA RURAL DA CIDADE DE JARDIM ALEGRE/PR

MARINGÁ

2019



PÂMELA MONSERRAT ARMOA LAILLA

CONTROLE E ESTRATIFICAÇÃO DE PACIENTES PORTADORES DE
HIPERTENSÃO ARTERIAL SISTÊMICA DE ACORDO COM SEU RISCO
CARDIOVASCULAR: PROJETO DE INTERVENÇÃO DE UMA UNIDADE BÁSICA
SAÚDE DA ÁREA RURAL DA CIDADE DE JARDIM ALEGRE/PR

Projeto de Intervenção apresentado ao curso de Pós-Graduação em Atenção Básica, Setor de Ciências da Saúde, Universidade Federal do Paraná, como requisito parcial à obtenção do título de Especialista em Atenção Básica.

Orientador: Esp. Marcelo Machado Sassi

MARINGÁ

2019

Aos amigos, colegas de profissão e pacientes, pelo incentivo, pelo apoio constante e que de alguma forma contribuíram para a realização deste trabalho.

AGRADECIMENTOS

Primeiramente a Deus que permitiu que tudo isso acontecesse, ao longo de minha vida, e não somente neste ano de curso, mas que em todos os momentos é o maior mestre que alguém pode ter.

Aos meus pais Isabel Victoria Armoa de Lailla e Hermes Lionel Lailla Gutierrez, pelo amor, incentivo e apoio incondicional.

Ao João Paulo Gama Ferreira da Silva meu companheiro, que sempre está ao meu lado, me apoiando em todos os momentos de minha vida.

Aos colegas de profissão e os membros da minha equipe de ESF Jardim Florestal que possibilitaram a execução deste trabalho.

A Universidade UFPR, pela oportunidade de fazer o curso.

Ao meu orientador Marcelo Machado Sassi, pelo suporte no pouco tempo que lhe coube, pelas suas correções e incentivos.

A todos que direta ou indiretamente fizeram parte e de alguma forma contribuíram para a realização deste trabalho, o meu muito obrigado.

Que todos os nossos esforços estejam sempre focados no desafio à impossibilidade. Todas as grandes conquistas humanas vieram daquilo que parecia impossível. (Charlie Chaplin)

RESUMO

O plano de intervenção trata da assistência à saúde dos pacientes com doenças crônicas não transmissíveis (DCNT), especialmente diabetes mellitus (DM) e hipertensão arterial sistêmica (HAS) e é resultado do Curso de Especialização em Atenção Básica da UFPR, financiado pelo UNA-SUS. O objetivo geral foi estratificar o risco cardiovascular dos pacientes habitantes da área rural da cidade de Jardim Alegre, portadores de HAS e/ou DM e promover assistência à saúde resolutiva por meio da capacitação da equipe multiprofissional e diminuição do impacto de tais doenças na vida das pessoas. Para isso, foi desenvolvido um projeto de intervenção que se constituiu de três etapas: I) Levantamento de casos e investigação de novos casos de HAS e DM da comunidade e solicitação de exames para avaliação de risco cardiovascular; Estratificação de risco com dados obtidos do levantamento de casos conhecidos e dos diagnósticos realizados na investigação de novos casos com anamnese/exame físico, histórico familiar, resultado de exames; Acompanhamento conjunto com atendimento de média e alta complexidade dos casos com comorbidades e não controlados. A falta de consciência da população quanto aos riscos cardiovasculares é percebida diariamente na recusa em participar de atividades educativas, reeducação alimentar e uso correto das medicações. Com a implantação desse projeto houve uma melhora no acompanhamento dos pacientes com HAS e/ou DM por meio da estratificação de risco, com priorização de atendimento e acompanhamento regular pela equipe. Além de, ter sido traçado o perfil epidemiológico da comunidade, redução da descompensação, morbidade e mortalidade relacionada às DCNT.

Palavras-chave: Diabetes Mellitus. Doenças Cardiovasculares. Epidemiologia. Fatores de Risco. Hipertensão. Saúde da Família.

ABSTRACT

The action plan deals with the health care of patients with chronic non-communicable diseases (NCDs), especially diabetes mellitus (DM) and hypertension (SAH) and is the result of Specialization in Primary UFPR, funded by UNA- SUS. The overall objective was to stratify the cardiovascular risk of patients inhabitants of the rural area of the city of Jardim Alegre, SAH and / or DM and promote health care solving through training of the multidisciplinary team and reducing the impact of such diseases on the lives of people. For this, it developed an intervention project consisted of three phases: I) Survey of cases and investigation of new cases of hypertension and DM community and request tests for cardiovascular risk assessment; risk stratification obtained with the survey data of known cases and diagnoses made in the investigation of new cases with history / physical examination, family history, results of examinations; Follow along with average service and highly complex cases with comorbidities and uncontrolled. The lack of public awareness about the cardiovascular risks is seen daily in the refusal to participate in educational activities, nutritional education and proper use of medications. With the implementation of this project there was an improvement in the monitoring of patients with hypertension and / or DM through risk stratification, with prioritization of care and regular monitoring by staff. Besides, have been mapped community epidemiological profile, reduction of decompensation, morbidity and mortality related to NCDs.

Key-words: Diabetes Mellitus. Cardiovascular Diseases. Epidemiology. Risk Factors. Hypertension. Family health.

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO	16
1.1	JUSTIFICATIVA.....	177
1.2	OBJETIVOS	19
1.2.1	Objetivo geral	19
1.2.2	Objetivos específicos.....	199
1.3	MÉTODO.....	19
1.3.1	Exploração e Tema e pesquisa.	19
1.3.2	Colocação de problema.....	20
1.3.3	Elaboração de proposta	20
2	REVISÃO DE LITERATURA.....	22
3	RESULTADOS.....	25
4	CONSIDERAÇÕES FINAIS	26
5.	REFERÊNCIAS.....	27

1 INTRODUÇÃO

O município de Jardim Alegre se encontra na região conhecida como Vale do Ivaí, no norte novo do estado do Paraná. O número da população segundo estimativas do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) é de 11.465 habitantes, e a nossa comunidade abrange 1.189 dessas pessoas (IBGE, 2018). A nossa comunidade que se encontra na área rural, tem um perfil de população adulta/idosa, apresenta extrema carência tanto social quanto econômica, uma infraestrutura e saneamento precário que influencia diretamente na qualidade de vida desta população, além de apresentarem em minha opinião um sentimento de exclusão, no sentido de acreditarem em uma prioridade na atenção da comunidade da cidades.

Estão cadastrados 265 hipertensos, 48 diabéticos, 7 gestantes e 17 crianças menores de 2 anos. Por se tratar de uma população da área rural, não contempla da geração tecnológica que temos apenas na Unidade Central que se localiza na cidade, não apresentando então uma base de dados específica da área de prontidão, sendo tudo feito manualmente e logo alimentado em um controle geral do município na cidade. A maioria dos dados obtidos, vieram de registros pessoais que temos como controle.

Suas atividades laborais estão voltadas para o trabalho braçal dentro dos serviços da agricultura e agropecuária, apresentam uma base religiosa muito forte e não dispõem de uma área de lazer. De acordo com estas informações entendemos o motivo do predomínio das queixas de descompensações e diagnósticos de Doenças Crônicas Não Transmissíveis (DCNT), dores musculares, principalmente em membros, dores articulares, e os casos de ansiedade e depressão dos idosos, os quais além de a maioria viverem sozinhos (pois os filhos se mudaram para as cidades grandes se casaram e construíram suas casas próprias, ou parceiros faleceram etc). Ademais, também encontram várias dificuldades a serem resolvidas com pouco recurso, causando tristeza e frustração.

Sabe-se que na presença desses fatores ocorre um incremento na probabilidade de agravamento das DCNTs, principalmente quando não reconhecidas precocemente e tratadas adequadamente.

1.1 JUSTIFICATIVA

As doenças crônicas não transmissíveis (DCNT) são condições clínicas crônicas que incluem acidentes vasculares encefálicos (AVE), doenças cardiovasculares, doenças respiratórias crônicas, diabetes e câncer, e são caracterizadas por serem coletivamente responsáveis por aproximadamente 70% de todas as mortes mundialmente. Dentre estas, em torno de 75% das fatalidades ocorrem em países de renda média ou baixa, e o recente incremento das DCNT vem sendo acelerado primariamente por quatro grandes fatores de risco: alcoolismo, sedentarismo, tabagismo e a adoção de dietas pouco saudáveis (WHO, 2018). Assim, o investimento em prevenção, rastreamento e manejo das DCNT deve ser o foco na abordagem dessas condições, e deve inexoravelmente agir sobre os fatores de risco supracitados, visto que se estima uma taxa de 38 milhões de mortes anuais decorrentes dessas doenças (BRASIL, 2017).

É interessante notar que o manejo medicamentoso das DCNT mantém alta prevalência no âmbito brasileiro, com estimativas de 80% no tratamento da hipertensão arterial sistêmica (HAS) e diabetes mellitus (DM), embora se mantenha importante discrepância entre as grandes regiões nos quesitos diagnóstico e tratamento adequados. (CARVALHO et al., 2013).

O escore de risco geral de doenças cardiovasculares de Framingham (ERF), (BRASIL, 2010), constitui importante ferramenta na definição do risco de futuros eventos cardiovasculares baseado na avaliação de um número de fatores dos pacientes entrevistados, sendo mais específico na predição destes em relação a outros escores que predizem apenas eventos coronarianos. Por ser um questionário facilmente aplicável e rapidamente respondido que avalia caracteres laboratoriais e clínicos, e por prever seguramente a manifestação clínica de eventos cardiovasculares em mulheres e homens caucasianos e negros num intervalo de 10 anos, o ERF pode ser considerado um fator fundamental na prevenção primária, ao aferir o risco de pacientes e permitir a realização de intervenções de acordo com os resultados. (PIMENTA et. al., 2014).

Assim, o ERF vem sendo utilizado com sucesso nas avaliações de pacientes dentro da esfera da prevenção primária, por ser instrumento de baixo custo e simples manuseio, que permite estratificação adequada de acordo com critérios

epidemiológicos essenciais para tornar mais eficaz a distribuição pertinente de cuidados e a tomada de decisões clínicas mais cabíveis no tratamento da DCNT.

A estratificação é realizada principalmente pelo médico e enfermeiro. Os Agentes Comunitários de Saúde (ACSs) convocam os pacientes hipertensos e diabéticos, realizando sua busca ativa. Após a classificação em Baixo, Moderado, Alto ou Muito Alto risco, estabelece-se um plano de metas individualizados ao paciente e, conforme a necessidade, realiza-se o encaminhamento para a equipe multiprofissional com o especialista. Estes passos são de grande valia, visto que as DCNTs se encontram entre as principais causas de morbimortalidade da população desta região. Deste modo, os profissionais das UBSs objetivam realizar diagnósticos precocemente, melhorando o prognóstico e, por conseguinte, a qualidade de vida da população.

Como previamente discutido, encontra-se, na área de interesse avaliada, predomínio significativo de pacientes portadores de HAS e DM. Logo, vê-se a importância da introdução de mecanismos para ação na correção da saúde destes pacientes-alvo, por possuírem as enfermidades em foco neste estudo, que acometem um número proporcionalmente maior de pacientes. Assim, este trabalho visa catalogar e quantificar os pacientes moradores da área rural de Jardim Alegre que possuam ao menos uma das enfermidades em questão, para fins de posterior auxílio na implementação de ações corretivas em saúde.

Por meio dos dados obtidos segundo a estratificação do risco cardiovascular global, realizamos a comparação do perfil encontrado com aquele delimitado na literatura vigente, em bases de dados e do trabalho científico. (CONSOLIM-COLOMBO, FERNANDA et al, 2010).

1.2 OBJETIVOS

1.2.1 Objetivo geral

- Estratificar o risco dos pacientes habitantes da área rural da cidade de Jardim Alegre, pertencentes a Unidade Básica de Saúde Jardim Florestal portadores de HAS e/ou DM.

1.2.2 Objetivos específicos

- Capacitar à equipe multiprofissional da Unidade de Saúde do Jardim Florestal para o atendimento das DCNT;
- Diminuir o impacto das DCNT nos usuários da UBS.

1.3 METODOLOGIA

1.3.1 Exploração e tema de pesquisa

A intervenção foi realizada por meio de uma pesquisa-ação com pacientes portadores de HAS e/ou DM moradores da área rural do município de Jardim Alegre, atendidos pela UBS Jardim Florestal. Thiollent (2007) define a pesquisa-ação como:

“um tipo de pesquisa social com base empírica que é concebida e realizada em estreita associação com uma ação (ou mais ações) ou com a resolução de um problema coletivo, e onde pesquisadores e participantes representativos da situação ou problema estão envolvidos de modo cooperativo ou participativo”.

Na fase exploratória da pesquisa, onde se deu o diagnóstico da realidade local para a pesquisa-ação foram identificados 265 hipertensos, 48 diabéticos. O tema da pesquisa foram as DNCT e os pacientes portadores de HAS e/ou DM, onde a principal intervenção foi a estratificação de risco deste público.

1.3.2 Colocação do problema

O alto índice de pacientes portadores de DNCT, em especial HAS e/ou DM aponta para necessidade de enfrentamento deste problema, sendo este um dos preceitos da atenção primária. O ERF para estratificação de risco cardiovascular é uma importante ferramenta para rastreio e controle eficaz para ser aplicado na Estratégia de Saúde da Família (ESF), sendo uma ferramenta que avalia a qualidade de saúde da população e auxilia na comparação, evolução da população em sua doença/tratamento. Por meio de levantamento de dados dos pacientes estratificados em baixo, médio e alto risco, é possível conhecermos o perfil epidemiológico dos pacientes atendidos na UBS.

1.3.3 Elaboração da proposta

A elaboração da proposta se deu após a colocação do problema, por meio do uso ERF para estratificar o risco dos pacientes portadores da HAS e/ou DM. A estratificação de risco se deu no período entre outubro de 2018 e julho de 2019, com a coleta do número de pacientes hipertensos e/ou diabéticos, estratificados segundo levantamento de dados realizados na UBS da comunidade.

A divisão foi baseada na estratificação de risco global apresentada por Framingham. Os dados foram coletados por meio de consulta com médico e/ou enfermeiro, via anamnese e exame físico, bem como exames laboratoriais. Os exames laboratoriais a serem solicitados incluem os seguintes: dosagem de glicemia de jejum, creatinina, taxa de filtração glomerular, sódio sérico, potássio sérico, ácido úrico, colesterol total, HDL, LDL, triglicerídeos e HBA1C (solicitado apenas para pacientes diabéticos).

Realizou-se, então, a estratificação do escore de risco cardiovascular global por meio da investigação de fatores de risco, lesões em órgãos-alvo e a presença de condições clínicas associadas.

São considerações de fatores de risco para a estratificação: idade maior de 65 para mulheres ou maior de 55 para homens, tabagismo, diabetes, dislipidemia ($LDL > 100$ ou $HDL < 50$), história familiar prematura de doença cardiovasculares para homens (especificar idade). Nessa etapa é realizada a contagem de fatores de risco

do paciente, avaliando a presença de nenhum fator, um a dois fatores e três ou mais fatores de risco, a fim de estratificação.

Finalmente, as condições clínicas associadas à hipertensão envolvem as seguintes: doença cerebrovascular (AVC, AVEI, AVEH, alteração da função cognitiva), doenças cardíacas (infarto, angina, revascularização coronariana, insuficiência cardíaca), doença renal: nefropatia diabética, déficit importante de função renal (avaliando-se o Clearance de creatinina). Qualquer uma dessas condições, quando presente, invariavelmente classificará o paciente hipertenso no grupo de risco adicional muito alto.

Após investigados esses fatores, foi realizada a aferição da pressão arterial e o paciente é subsequentemente classificado quanto aos seus níveis pressóricos: PAS (pressão arterial sistólica) <120 ou PAD (pressão arterial diastólica) <80 estratificam o paciente como pertencente normotensão - ótimo; PAS 120-129 ou PAD 80-84 normotensão – normal; PAS 130-139 ou PAD 85-89 normotensão – limítrofe; PAS 140-159 ou PAD 90-99 hipertensão – estágio 1; PAS 160-179 ou PAD 100-109 hipertensão – estágio 2; PAS ≥180 ou PAD ≥110 hipertensão estágio 3 possuindo, portanto, ao menos risco adicional cardiovascular global alto. (SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA, 2010)

Avaliando-se os dados associados à aferição da pressão arterial do paciente, será realizada a estratificação de risco conforme a tabela de estratificação de risco cardiovascular global conforme a tabela em anexo (tabela 1). Após adequado registro destes e outros dados como idade e nome em uma tabela do Microsoft Excel, tais informações serão posteriormente utilizadas no trabalho em questão, visando a avaliação do quadro epidemiológico da população da comunidade rural de Jardim Alegre. Este projeto objetiva o conhecimento do perfil epidemiológico dos pacientes atendidos na UBS em questão, e a subsequente implementação de ações preventivas em saúde baseadas nas informações avaliadas. Ao se analisar o número absoluto de pacientes que se enquadram em cada categoria de risco, busca-se a deliberação sobre a viabilidade da consolidação de programas de prevenção de saúde, bem como de projetos de conscientização sobre o tratamento adequado e cuidados relacionados à hipertensão arterial.

TABELA 1 – Estratificação do risco cardiovascular global: risco adicional atribuído à classificação de hipertensão arterial de acordo com fatores de risco, lesões de órgãos-alvo e condições clínicas associadas (Classe IIa, Nível C).

	Normotensão			Hipertensão		
Outros fatores de risco ou doenças	Ótimo PAS < 120 ou PAD < 80	Normal PAS 120–129 ou PAD 80–84	Limítrofe PAS 130–139 ou PAD 85–89	Estágio 1 PAS 140–159 PAD 90–99	Estágio 2 PAS 160–179 PAD 100–109	Estágio 3 PAS > 180 PAD > 110
Nenhum fator de risco	Risco basal	Risco basal	Risco basal	Risco baixo adicional	Moderado risco adicional	Alto risco adicional
1–2 fatores de risco	Baixo risco adicional	Baixo risco adicional	Baixo risco adicional	Moderado risco adicional	Moderado risco adicional	Risco adicional muito alto
≥ 3 fatores de risco, LOA ou SM – DM	Moderado risco adicional	Moderado risco adicional	Alto risco adicional	Alto risco adicional	Alto risco adicional	Risco adicional muito alto
Condições clínicas associadas	Risco adicional muito alto	Risco adicional muito alto	Risco adicional muito alto	Risco adicional muito alto	Risco adicional muito alto	Risco adicional muito alto

(LOA: lesão de órgãos-alvos; SM: síndrome metabólica; DM: diabetes melito).

FONTE: CONSOLIM-COLOMBO, F. et al. Avaliação clínica e laboratorial e estratificação de risco. **J. Bras. Nefrol.**, São Paulo, v. 32, supl. 1, p. 14-18, Sept. 2010.

2 REVISÃO DE LITERATURA

Os sistemas de atenção à saúde são respostas sociais deliberadas às necessidades de saúde da população. Assim, ao se discutir uma proposta de organização do Sistema Único de Saúde (SUS), deve-se começar por analisar que necessidades de saúde se expressam na população brasileira. A situação de saúde dos brasileiros é analisada nos seus aspectos demográficos e epidemiológicos. (MENDES, E. V., 2010, p.2).

Com o aumento do envelhecimento de uma população, observamos um crescente incremento relativo das condições crônicas, desde que essas condições de saúde se apresentam mais na faixa etária de maior idade. (MENDES, 2010). Os dados da Pesquisa Nacional de Amostra Domiciliar do IBGE de 2008 mostram que 79,1% dos brasileiros de mais de 65 anos de idade relataram ser portadores de, pelo menos, uma das doze doenças crônicas selecionadas. (IBGE, 2010).

As tendências recentes da literatura sobre DCNT apontam conforme para um incremento na utilização dos serviços de saúde por parte dos portadores dessas doenças de maneira geral. Os principais fatores de risco para essas doenças são a hipertensão arterial, a dislipidemia, tabagismo e diabetes. Entretanto, o fator escolaridade se mantém como divisor na prevalência destas, encontrando-se maiores taxas de DCNT em populações menos escolarizadas e em segmentos socialmente

vulneráveis, os quais apresentaram taxas reduzidas de procura dos serviços de saúde. (CARVALHO et. al., 2017). Ainda, encontra-se melhora nas taxas de mortalidade prematura, principalmente nas doenças do aparelho circulatório e doenças respiratórias crônicas, em se analisando as unidades federadas brasileiras de maneira geral. (ALVES et al., 2018).

No entanto, a literatura vigente frisa o caráter multifatorial das DCNT (BRASIL, 2017) e os quatro fatores de risco mais associados, e busca na natureza modificável destas um importante ponto de inserção de estratégias de saúde no combate às DCNT (ALVES et. al., 2018). Dos fatores de risco (FR), as dislipidemias podem, no entanto, ser influenciadas por distúrbios genéticos e/ou adquiridos. Entre as variáveis ambientais incluem-se o tabagismo, sedentarismo e a dieta. (MAIA, C. O. et. al., 2007).

É interessante notar que o manejo medicamentoso das DCNT mantém alta prevalência no âmbito brasileiro, com estimativas de 80% no tratamento de hipertensão arterial e diabetes, embora se mantenha importante discrepância entre as grandes regiões nos quesitos diagnóstico e tratamento adequados. (CARVALHO et al., 2017).

Para a realização do rastreamento e avaliação do risco cardiovascular os indivíduos devem ser avaliados de forma global para o risco de desenvolverem doenças cardiovasculares, uma vez que se entende que os fatores de risco tem efeito multiplicador quando associados, isso evidencia a necessidade de avaliação criteriosa para estabelecer os riscos absolutos de se desenvolver evento coronariano. (BRASIL, 2013; PIMENTA et. al., 2014)

Existem instrumentos que auxiliam na obtenção estimativa de risco com maior precisão. O escore de risco geral de doenças cardiovasculares de Framingham (ERF), (BRASIL, 2010) constitui importante ferramenta na definição do risco de futuros eventos cardiovasculares baseado na avaliação de um número de fatores dos pacientes entrevistados, sendo mais específico na predição destes em relação a outros escores que predizem apenas eventos coronarianos. Por ser um questionário facilmente aplicável e rapidamente respondido que avalia caracteres laboratoriais e clínicos, e por prever seguramente a manifestação clínica de eventos cardiovasculares em mulheres e homens caucasianos e negros num intervalo de 10 anos, o ERF pode ser considerado um fator fundamental na prevenção primária, ao aferir o risco de pacientes e permitir a realização de intervenções de acordo com os resultados. (PIMENTA et. al., 2014).

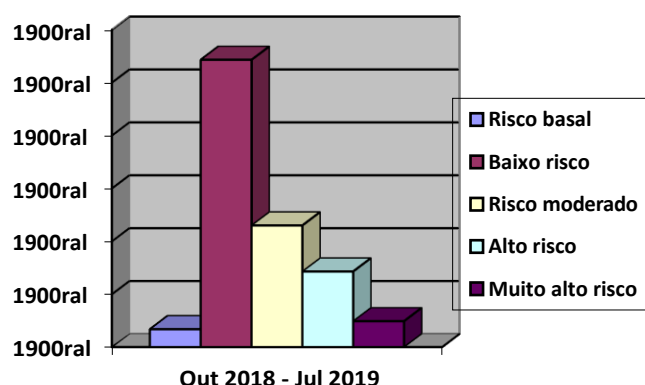
A estratificação de Framingham auxilia não apenas o médico no manejo do hipertenso, mas também pode ajudar a aumentar a participação deste indivíduo no seu tratamento, quando este toma conhecimento do seu risco cardiovascular. Os achados deste trabalho mostraram que um número muito pequeno de pessoas avaliadas relatou ter recebido informação sobre a chance de desenvolver um evento cardiovascular. Este fato pode estar associado à alta prevalência de analfabetismo na população avaliada. Níveis educacionais baixos estão associados com dificuldade de percepção das necessidades de controle da HAS. (PIMENTA, et. al., 2014).

Assim, o ERF vem sendo utilizado com sucesso nas avaliações de pacientes dentro da esfera da prevenção primária, por ser instrumento de baixo custo e simples manuseio, que permite estratificação adequada de acordo com critérios epidemiológicos essenciais para tornar mais eficaz a distribuição pertinente de cuidados e a tomada de decisões clínicas mais cabíveis no tratamento da DCNT.

3. RESULTADOS

Conforme a classificação dos 265 pacientes hipertensos, foram estratificados 13 pacientes de muito alto risco (4,9%), 38 pacientes de alto risco (14,3%), 61 pacientes de risco moderado (23,01%), 144 pacientes de baixo risco (54,33%) e 9 pacientes com risco basal (3,39%). Tais dados estão descritos no gráfico 1.

GRÁFICO 1 – Estratificação de pacientes hipertensos de acordo com o risco cardiovascular global da unidade de Saúde da cidade de Jardim Alegre.



FONTE: Equipe de saúde da Unidade de Saúde da cidade de Jardim Alegre, 2019.

Podemos observar a predominância dos pacientes classificados em baixo risco, logo nos permite a praticabilidade da adesão de programas sociais de prevenção em saúde respectivo à HAS, projetos de melhoria com orientação dos cuidados necessários e do tratamento adequado. Com a execução de ações instrutivas, promovemos a saúde, de modo a prevenir fatores de riscos para as doenças, nortear e estimular os cuidados na doença preexistente evitando as complicações e comorbidades.

Para isso contamos com o planejamento de discussões em grupos com a equipe de saúde e pessoal capacitado, de acordo com informações científicas e estratégicas a ser desenvolvidas, elaborando protocolos e projeto de linhas de trabalho. Para então adquirir um maior conhecimento sobre as estratégias de informação, comunicação e educação para a saúde e então levar a população o maior nível de informação e um maior número de usuários avaliados quanto ao risco das DCNT.

Com a implementação de um plano de ação espera-se facilitar e melhorar o atendimento aos pacientes com HAS e/ou DM através da estratificação de risco, onde

será priorizado o atendimento e acompanhamento regular aos pacientes de moderado, alto e muito alto risco. Possibilitar a oferta frequente de grupos operativos para a realização de atividade física e educação em saúde, com a finalidade de aumentar o vínculo com a clientela, esclarecendo a importância dos cuidados e as complicações que podem com o tratamento inadequado, proporcionando maior confiança e credibilidade dos usuários com a equipe.

Foi possível avistar importante incremento na adesão ao tratamento indicado, início de práticas de atividades saudáveis e alimentação balanceada orientados pelos profissionais de saúde, e é esperado elevar a capacidade de trabalho da equipe como gestor principal das ações de saúde na comunidade, garantindo o aumento da cobertura dos pacientes com hipertensão arterial e risco cardiovascular, diminuindo filas de esperas das consultas e facilitando encaminhamento para o acompanhamento conjunto com especialistas dos casos classificados como alto e muito alto risco.

4. CONSIDERAÇÕES FINAIS

As DCNT conforme já descrito anteriormente é um grande problema de saúde pública em nível mundial, principalmente, devido ao grande risco cardiovascular que estas representam.

A falta de sensibilidade da população quanto aos riscos é percebida diariamente na recusa em participar de atividades educativas, reeducação alimentar e uso correto das medicações.

Sob o ponto de vista preventivo, quanto maior o risco, maior é o potencial de benefício de uma intervenção terapêutica e/ou preventiva. Com base nessa afirmação, é esperado que a implementação da estratificação de riscos possibilite o reconhecimento epidemiológico da comunidade, obtendo uma redução da descompensação, morbidade e mortalidade relacionada aos hipertensos da comunidade da ESF Jardim Florestal e promova dessa forma a melhoria na qualidade de vida dos mesmos.

5. REFERÊNCIAS

ALVES, C. G. et al. Tendência da mortalidade prematura por doenças crônicas não transmissíveis nas unidades federadas brasileiras. **Ciência Saúde Coletiva**, p. 2-9, BRASIL. PLANO DE ENFRENTAMENTO DAS DCNT. 2018. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232015000300641&lng=en&nrm=iso&tlng=pt Acesso em: 22 Feb 2019.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Estratégias para o cuidado da pessoa com doença crônica: hipertensão arterial sistêmica**. Brasília: Ministério da Saúde, 2013. (Cadernos de Atenção Básica, n. 37).

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. **Vigitel Brasil, 2017: vigilância de fatores de risco e proteção para doenças crônicas por inquérito telefônico**. Brasília: Ministério da Saúde, 2017.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de atenção à saúde. Departamento de atenção básica. **Rastreamento**. Brasília: Ministério da Saúde, 2010. (Caderno de Atenção Básica, n. 29)

CARVALHO, M. V. et. al. A influência da hipertensão arterial na qualidade de vida. **Arq. Bras. Cardiol.** v.100, n.2, 2013 Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0066-782X2013000200009 Acesso em 28 Jan. 2019.

CARVALHO, M. V. et. al. Doenças crônicas não transmissíveis e a utilização de serviços de saúde: análise da Pesquisa Nacional de Saúde no Brasil. **Rev. Saúde Pública**. v.51, supl.1, Jun 2017. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-89102017000200306&lng=en&nrm=iso&tlng=pt

CONSOLIM-COLOMBO, F. et al. Avaliação clínica e laboratorial e estratificação de risco. **J. Bras. Nefrol.**, São Paulo, v. 32, supl. 1, p. 14-18, Sept. 2010. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0101-28002010000500005&lng=pt&nrm=iso&tlng=en Acesso em 23 Nov 2018.

IBGE. INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA e ESTATÍSTICA. **Estimativa de população de 2018**, Jardim Alegre - PR 2018.

IBGE. INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICAS. **Um panorama da saúde no Brasil: acesso e utilização dos serviços, condições de saúde e fatores de risco e proteção da saúde**. Rio de Janeiro: IBGE; 2010.

MAIA, C. O. et al. **Fatores de risco modificáveis para doença arterial coronariana nos trabalhadores de enfermagem**. Acta paul. enferm. [online]. 2007, v.20, n.2, pp.138-142. ISSN 0103-2100. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0103-21002007000200005&script=sci_abstract&tlng=pt

MALTA, D. C. et al. Doenças crônicas não transmissíveis e a utilização de serviços de saúde: análise da pesquisa nacional de saúde no brasil. **Rev Saude Publica**, v. 1, n. 4, p.1–10, 2017. Disponível

em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-89102017000200306&lng=en&nrm=iso&tlng=pt Acesso em: 24 Fev 2019.

MENDES, E. V. et al. As redes de atenção à saúde. **Ciência Saúde**

Coletiva v.15 n.5, Aug. 2010. Disponível em:

http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232010000500005&lng=en&nrm=iso&tlng=pt

PIMENTA, H. B. et al. Fatores de risco cardiovascular do Escore de Framingham entre hipertensos assistidos por equipes de Saúde da Família. **Ciênc. saúde coletiva**, Jun 2014, vol.19, no.6, p.1731-1739. ISSN 1413-8123. Disponível em:

http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232014000601731 Acesso em 10 Dez 2018.

PULLAR, et al. The impact of poverty reduction and development interventions on non communicable diseases and their behavioral risk factors in low and lower-middle income countries: A systematic review. **PLoS ONE**, 13(2), 2018.

<https://doi.org/10.1371/journal.pone.0193378>. Disponível

em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5825092/> Acesso em: 03 Mar. 2019.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA. VI Diretrizes Brasileiras de Hipertensão. **Arq. Bras. Cardiol.**, São Paulo, v. 95, n. 1, supl. 1, p. I-III, 2010.

Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0066-782X2010001700001&lng=pt&nrm=iso&tlng=pt Acesso em:14 Nov. 2018.

THIOLLENT, Michel; DE OLIVEIRA SILVA, Generosa. Metodologia de pesquisa-ação na área de gestão de problemas ambientais. **Revista Eletrônica de**

Comunicação, Informação e Inovação em Saúde, v. 1, n. 1, 2007. Disponível em: <https://www.reciis.icict.fiocruz.br/index.php/reciis/article/view/888> Acesso em: 24 jul 2019.

WILSON, P. W. F. Cardiovascular disease risk assessment for primary prevention: Our approach. 2018. Disponível

em: <https://www.uptodate.com/contents/cardiovascular-disease-risk-assessment-for-primary-prevention-our-approach> Acesso em: 02 Mar. 2019.

WHO. World Health Organization. **Global Health Observatory (GHO)**. Mortality and global health estimates. Noncommunicable diseases (NCD). 2018 Disponível em:

<https://www.who.int/gho/en/> Acesso em: 02 Nov. 2018.